



Universidade De Cabo Verde  
Departamento das Ciências Sociais e Humanas



# Projecto de Intervenção Precoce “A Busca dos Sentidos”

Maria Fernanda da Veiga Gomes

Licenciatura em Educação de Infância

Licenciatura em Educação de Infância

Dezembro 2010

Maria Fernanda da Veiga Gomes

Projecto de Intervenção Precoce

“A Busca dos Sentidos”

# Licenciatura em Educação de Infância

Projecto de Intervenção apresentado à Uni-CV

Para obtenção do grau de Licenciatura em

Educação de Infância, sob a orientação da

Mestre Eurídice Amarante

Dezembro de 2010

Maria Fernanda da Veiga Gomes

Projecto de Intervenção precoce Aprovado pelos membros do Júri, e Homologado pelo Reitor da Universidade de Cabo Verde, como requisito parcial à obtenção do grau de Licenciatura em Educação de Infância

**O JÚRI:**

---

---

---

\_\_\_\_\_, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Índice

1. Apresentação de Projecto.....	7
1.1 Metodologia.....	8
1. Enquadramento do Tema .....	8
2.1. Avaliação/Aplicação do teste para o diagnostico de NEE .....	10
2.2 Incidência e prevalência dos deficientes no mundo.....	11
2.34. A história de Intervenção Precoce no mundo .....	12
2.4. Vantagem da Intervenção Precoce.....	15
2.5. Intervenção precoce em Cabo Verde .....	16
2.6. Avaliação do programa RBC .....	16
2.6.1. Análise prática das situações constatadas a corrigir.....	19
2.6.2. A política actual do Ministério de Trabalho e de Solidariedade.....	21
2.7. Situação de Cabo Verde após a extinção do programa RBC.....	21
2. Problema norteador do projecto.....	22
3. Justificação do projecto .....	24
5. Objectivos gerais.....	26
6. Objectivos específicos.....	26
6.1. Objectivos acção: .....	26
6.2.Objectivos meta/finalidades.....	27
7. Resultados esperados .....	27
8. Caracterização e actividades do projecto .....	28
8.1. Proposta de intervenção.....	28
8.1.2. Área da saúde: .....	28
Quadro 1 – Plano de Acção para a área de Saúde para a Reabilitação .....	29
8.1.3. Intervenção terapêutica e psicopedagógica .....	30
Quadro 2. Objectivos e Estratégias de Intervenção Terapêutica e Psicopedagógica.....	31
Quadro 3. Plano de Implementação dos Planos a nível das Crianças com NEE .....	36
8.1.3. Qualificação e integração da criança na família e nas demais instituições .....	37

Quadro 4. Qualificação e Integração das Famílias.....	40
8.2 Recursos previstos .....	42
8.3 Parceiros do projecto.....	42
8.3.1. A nível da equipa.....	42
8.3.2. Recursos humanos .....	43
Quadro 5. Níveis de Serviços .....	43
8.3.3. A nível político e social.....	44
9. Acompanhamento, Controlo e Avaliação .....	47

## 1. Apresentação de Projecto

A família é a primeira instituição educativa que possibilita a criança vivenciar de modo emocional e sistemático formas de interação social e ético para futuras convivências na sociedade. A criança só conhece o mundo fora da sua casa, a partir do momento em que conhece o espaço familiar. A família por sua vez, deve(rá) conhecer os valores que a norteiam para poder saber os desejos que têm e o que deverá ser feito para melhorar esses valores.

Hoje há uma opinião quase generalizada que a família vem perdendo o seu papel tradicional na socialização dos filhos, sobretudo nos meios urbanos. Perante este facto, os valores de antes foram-se perdendo do ponto de vista hierárquico ou foram substituídas? Como avaliar as famílias com crianças portadoras de deficiência nessa perda de responsabilidade? Como remediar as dificuldades?

Apesar de se falar muito na crise da família, ela continua a ser um dos pilares essenciais na educação dos filhos e na formação integral do indivíduo. O artigo 16º da Declaração dos Direitos Humanos, define família *“como elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à protecção desta e do estado”*.

Neste sentido cabe ao Estado fornecer ferramentas socio-económicas e financeiras para garantir o direito proclamado na Declaração, quando a família não consegue fazê-lo. Também a sociedade civil tem o dever de ajudar as famílias “incapacitadas” na busca de soluções, apresentando projecções delineadas com características específicas das mesmas sem pôr em causa o seu papel.

Este projecto intitulado **“A Busca dos meus Sentidos”**, surge como alternativa para as famílias que precisam de apoio para ajudar o(a) filho(a) portador(a) de deficiência, que na sua maioria está fora das salas de aula e do resto da família. É um projecto de intervenção precoce com base comunitária, de carácter reabilitativo e habilitativo e tem um papel psico-educativo. O propósito é contribuir para oferecer orientações às famílias com problemas em lidar com as suas crianças, promovendo melhoria na sua qualidade de vida. Com isso, propomos a reabilitação centrada na família que não só atende a criança deficiente isoladamente, mas também ajuda a família na busca de melhores alternativas de acordo com a sua necessidade. O projecto apresenta conjunto de actividades que vão ser desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar de forma a dar respostas às famílias que pouco ou nada sabem sobre as técnicas de reabilitação sob a política de

que o único apoio e ferramentas para saber agir e gerir os problemas do dia-a-dia é formar e informar as famílias.

A ideia de realização deste projecto partiu da preocupação que temos em relação às crianças portadoras de deficiência. Sabe-se que em Cabo Verde, neste momento, não temos nenhum programa de Intervenção Precoce e o único que tínhamos deixou de funcionar, há cerca de 10 anos.

## 1.1 Metodologia

Como uma forma de apresentar um projecto mais sólido possível, dividimo-lo em dois momentos, com as seguintes metodologias:

No **primeiro momento** fizemos feito levantamento dos principais conceitos, através de pesquisas bibliográficas que serviram para a elaboração do enquadramento do tema e estudo de caso, onde pretendíamos conhecer e avaliar o programa de Reabilitação com Base Comunitária (RBC) que existiu no nosso país de 1990 até 2000. Para isso entrevistamos 6 (seis) pessoas que estiveram envolvidas no então programa RBC: um agente, uma fisioterapeuta, um amigo, uma mãe beneficiária, um responsável na área de reabilitação pedagógica e uma actual funcionária do Ministério de Trabalho e de Solidariedade. Essas entrevistas serão analisadas e apresentadas também no enquadramento temático.

No **segundo momento** apresentaremos um plano de acção por área de actuação e tipos de necessidades, bem como tempo de execução e as modalidades a serem seguidas.

## 1. Enquadramento do Tema

Ao falar da “deficiência” é obvio que não se poderia deixar de se referir à Educação Especial (EE) e às Necessidades Educativas Especiais (NEE).

A “deficiência” segundo a Organização Mundial de Saúde (s.d), *é o substantivo atribuído a toda a perda ou anomalia de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica.* Refere-se, portanto à biologia do ser humano. Ainda é designado “deficiente” *todo aquele que*



*tem um ou mais problemas de funcionamento ou falta de parte anatómica, embargando com dificuldades a vários níveis: de locomoção, percepção, pensamento ou relação social.*

Com o tempo, o termo “deficiente” tem sido considerado por algumas ONG’s e cientistas sociais por *inadequado*. Pois, o termo leva consigo uma carga negativa e depreciativa da pessoa, facto que foi ao longo dos anos se tornando cada vez mais rejeitado pelos especialistas da área e em especial pelos próprios portadores de deficiência.

Muitos, entretanto, consideram que essa tendência politicamente correcta tende a levar os portadores a uma negação da sua própria situação e às sociedades ao não respeito da diferença. Actualmente a palavra é considerada como inapropriada, e pode promover o preconceito em detrimento do respeito ao valor da pessoa.

Ainda segundo a OMS, a criança ‘deficiente’ *é aquela que se desvia da média ou da criança normal em: características mentais, aptidões sensoriais, características neuromusculares e corporais, comportamento emocional e social, aptidões e comunicação, múltiplas deficiências até o ponto de se justificar e requerer a modificação das práticas educacionais ou a criação de serviços de educação especial no sentido de desenvolver ao máximo as suas capacidades.* No I Congresso Mundial (Stirling, 1978), foi aprovada pela *Council Of Exceptional Children* (CEC), a definição sobre a Educação Especial que até hoje é aceite internacionalmente.

Segundo Mayor (1991), a “Educação Especial” deve ser utilizada para referir uma actividade educativa diferente da ordinária, normal ou geral para denominar um campo de preocupação, de investigação e de aplicação a uma realidade concreta da situação excepcionais.

A Educação Especial *é destinada a pessoas que têm um deficiente desenvolvimento evolutivo, sensorial da linguagem e também a pessoas que possuem dificuldades de aprendizagem ou de adaptação social que dificulta a sua independência pessoal, económica e social como também a sua integração educativa, laboral e social* (Cabada, 1991).

Desde a Declaração de Salamanca, surgiu o termo Necessidades Educativas Especiais, que veio a substituir o termo Criança Especial, anteriormente utilizado em educação para designar a rejeição do envolvimento que a corresponde à rejeição da criança.

Segundo (Warnock, 1978), *nesta visão enquadra-se uma criança com NEE aquela que apresenta diferentes sensoriais (auditivo, visual, de linguagem), motores e físicas. As que apresentam diferenças cognitivas (deficiência mental e dificuldades de aprendizagem); as que têm dificuldades de relacionamento, problemas emocionais e de comportamento e as*

*cognitivas e superdotadas*. O tipo de relacionamento emocional entre o adulto e a criança e o tipo de interação e vinculação socioemocional e sociolinguístico desempenham um papel significativo na edificação e formação da personalidade da criança. Tudo isso foram conquistas ao longo dos tempos, mérito não só dos teóricos mas, também dos portadores de deficiência.

## **2.1. Avaliação/Aplicação do teste para o diagnostico de NEE**

As NEE como sabemos, variam de criança para criança, o que significa também que é necessário uma avaliação cuidadosa por parte dos especialistas de modo a submeter à criança ao tipo de serviços adequados. Segundo Binet (s.d), *a aplicação dos testes, é necessária para os diagnósticos e para perspectivar uma intervenção pedagógica coerente e consequente. O teste surge como instrumento psicopedagógico que a partir dele, se constroem estratégias de educabilidade da inteligência, preparando o indivíduo para a sua integração plena*. A avaliação das NEE é fundamental para iniciar o processo da intervenção. Por isso, o objectivo não é encontrar aspectos para situar crianças dentro ou fora de uma determinada categoria em que distribuem as deficiências mas, descobrir os possíveis caminhos para poder potencializar a criança as lacunas existentes de forma eficiente e eficaz.

Essa avaliação serve de base para a educação especial da criança. Assim essa nova perspectiva permite adequar a cada tipo de deficiência a tipo de escola, os recursos materiais e humanos necessários.

Essa avaliação também amplia o horizonte dos pais e da criança, na medida em que conhecendo os pontos fortes e fracos do educando, facilitará a sua integração plena. Por isso, mais uma vez a indissociável vinculação NEE e a educação especial, assim como a instituição familiar, de saúde e a instituição escolar.

Em alguns casos, a identificação do problema é mais fácil mas, noutras só é possível com uma análise investigativa rigorosa de sinais, é que podemos formular o diagnostico.

A subvalorização de sinais de desenvolvimento pode adiar os efeitos ou aumentá-los e complicá-los. Também a identificação grosseira pode ser um perigo. É preciso as investigações práticas com um apoio interdisciplinares, só a partir daí determinar a natureza do problema.

A identificação precoce é uma alternativa imprescindível quanto a prevenção pré, peri neo e pós natal. Pois, só assim podemos suprir as condições que podem agravar o desenvolvimento biopsicossocial da criança.

Esta deve ser periódica e programada, adotando a observação nas idades críticas. Um ano e meio a dois anos para a motricidade e o início de linguagem, quatro a quatro anos e meio para o domínio sintático e aquisições psicomotoras elementares.

As deficiências não podem ser vistas da mesma maneira nem as crianças com as mesmas deficiências têm as mesmas necessidades e personalidades. Por isso, não podemos cair no erro de escolher as estratégias de ensino para todos que apresentam as mesmas deficiências.

Segundo Binet, para a avaliação *é preciso desenvolver mais processos de observação com: exames neoropsicológicos, oculográficos, perceptivo-visuais, perceptivo - auditivo, oculomotores etc. Para determinar a existência de variáveis etiológicas e a adoptar intervenções pedagógico-terapêuticas que minimizem o grau da inadaptação social.*

O diagnóstico também deve obedecer aspectos inter-individuais e aspectos intra-individuais, compara as capacidades, aquisições, dificuldades da criança subdividindo-as em áreas fortes e fracas. Da mesma forma também os processos receptivos de informação visual auditiva e tátil, quinesfésico são importantes através da observação dos processos de integração e organização simbólica e conceptual (atenção, discriminação, identificação, compreensão, planificação e controlo). Numa perspectiva holística são instrumentos importantes para planear a intervenção precoce.

## **2.2 Incidência e prevalência dos deficientes no mundo**

De acordo com os estudos realizados pela ONU (s.d), estima-se que a prevalência de deficiência no mundo é de 600 milhões de pessoas. Pelo menos 400 milhões vivem nos países em desenvolvimento e aproximadamente 80 milhões no continente africano. Dentro desse universo, 180 milhões são crianças.

Ainda os estudos demonstram que a incidência de algumas deficiências é mais alta nos países em desenvolvimento do que nos países industrializados. Contudo, nos países em desenvolvimento as pessoas portadoras de deficiência têm uma esperança de vida muito baixa. Os estudos mostram também que a deficiência relaciona-se nos cuidados de saúde nas grávidas,

carência alimentar e a inexistência de uma política de intervenção precoce com essas crianças. Também o estudo revela que nessas condições a esperança de vida é de 20 anos.

As grandes medidas preventivas da deficiência, transcendem as áreas de educação e da saúde, porque muitas vezes são dependentes das resoluções políticas e sociais do país.

Aconselham a estreita ligação dos serviços de educação e de saúde tendo a prevenção sempre a primeira medida mais eficiente, permitindo a redução dos efeitos secundários.

Hoje apesar dos avanços nas tecnologias de informação, saúde e educação, encontramos aspectos que veiculam a ignorância. A deficiência ainda para muitos é sinónima de incapacidade. Em muitos países as pessoas portadoras de deficiência sofrem segregação social e receios profundamente enraizados em crenças provenientes de condições culturais e religiosas que demonstram atitudes negativas e comportamentos discriminatórios para com essas pessoas.

Muitas vezes a sociedade não se preocupa com os factores ambientais que causam ou agravam. São privados de acesso a serviços e oportunidades à disposição de outros cidadãos. Mulheres em certos países são estigmatizadas e privadas dos direitos conjugais. As crianças são privadas de educação formal, assistência médica e medicamentosa e a sua própria família muitas vezes as rejeitam.

## **2.34. A história de Intervenção Precoce no mundo**

A *Intervenção Precoce* define-se como conjunto de “actividades de estimulação dirigidas à criança e de orientações dirigidas aos pais que são implementadas como consequência directa e imediata da identificação de um problema de desenvolvimento” (De Moore., 1994: 11).

A Intervenção Precoce (IP) teve o seu início nos anos 40, nos Estados Unidos da América (EUA), com o objectivo de dar resposta às exigências das crianças e suas famílias. O desafio da IP, reside na prestação de serviços de qualidade a crianças e suas respectivas famílias de acordo com as necessidades que estas manifestam em diferentes momentos. É uma medida de apoio integrada por acções de natureza Habilitativa e Reabilitativa (idem).

A primeira acção de apoio tem em vista a prevenção. E a segunda surge depois no sentido de correcção, como processo global e dinâmico para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, apostando sempre na sua integração social.

O caso dos EUA, a pioneira na história de I.P, conheceu os diferentes momentos.

A **primeira** data nos anos 40 e 50, em que as práticas eram centradas nas crianças, tendo por base o **Modelo Médico**. Ali refletia uma filosofia de intervenção que não valorizava o envolvimento parental, uma vez que os profissionais eram entendidos como “experts” e, por conseguinte os únicos capazes de intervir e cuidar dos problemas que a criança apresenta. A família neste quadro não era tida em consideração e quando o era, constituía uma fonte de problemas (Turnbull & Turbull, 1990). A responsabilidade do programa era atribuída aos profissionais que desenhavam e implementavam no centro educacional ou em casa.

No início dos anos 70, surgiu a **segunda fase**, tendo vários contributos a nível teórico e prático, a **Intervenção Centrada na Família**.

Segundo Dunst, Trivett e Deal, (1988), o movimento de desinstitucionalização obrigou a repensar o atendimento no seio da família. Esse com vários contributos tanto a nível teórico como a prático. Vários teóricos impulsionaram esse movimento que fizeram os governantes a repensarem as leis. E a nível prático com várias acções desenvolvidas no terreno fruto dos relatórios da não envolvimento dos pais na primeira fase.

Com o interesse político pela temática surgiu ainda em 1965, sob a responsabilidade do *Office of Economic Opportunity* durante um período denominado “guerra à pobreza”, o programa Head Start, considerada precursora na intervenção ecológica, que desde o início enfatizou o desenvolvimento de um sistema multidimensional e abrangente de educação compensatória, serviços de saúde, nutrição, serviços sociais e envolvimento familiar que visava minorar os riscos.

A nível prático, a revolução da tecnologia na área de saúde veio prolongar o ciclo de vida, criando novas necessidades no âmbito dos cuidados permanentes, os relatórios mostraram a variabilidade do envolvimento e o grau de participação das famílias de crianças na valorização da educação compensatória. Surgindo assim em 1965, o programa “head Start”, envolvendo as famílias de crianças em risco ambiental, como co-terapeutas.

A eficácia dos programas de IP que envolvem activamente os pais é um facto que tem sido comprovado pela investigação (Simeonsson & Bailey, 1990, Peterson, 1988). Mas não podemos ignorar que as famílias das crianças de risco apresentam elas próprias necessidades que poderão estar para além do apoio específico ao desenvolvimento do seu filho. E a satisfação dessas necessidades contribui de igual modo para o resultado do tratamento. Além disso, os bebés e as crianças com menos de 3 anos são particularmente dependentes das suas

mães /famílias para a sua sobrevivência e a sua estimulação. Assim, para ser eficaz a intervenção deve ser consistente com objectivos e prioridades da família, sendo o apoio a ela prestado será a peça fundamental nos próprios programas de IP (Bailey & Wolery, 1992).

Ainda de acordo com Wolery, Strain e Bailey (1992), as práticas de IP centrada na família deve obedecer os seguintes princípios:

- Os serviços devem focar as famílias como um todo e a criança como a parte integrante desse todo;
- As necessidades das famílias no que respeita a informação, apoio social, explicação aos outros do problema do filho, apoio comunitário, financeiro e financiamento da família deverão determinar a natureza e a quantidade de serviço a prestar;
- Os serviços devem ser sensíveis às necessidades e diversidade cultural da família. Assim, propõe desenvolver modalidades de atendimento a saber: Plano de Atendimento Individualizado (PAFI), atendendo crianças dos zeros aos três anos, o que constitui a colaboração e parceria entre os pais e profissionais tendo sempre como referência a família.

Nesse plano a Lei Publica 99-457 devem constar os seguintes elementos: informação a cerca do desempenho actual da criança (avaliação das áreas fortes e fracos), informação sobre a família (pontos fortes e fracos, necessidades, aspirações, crenças e valores), objectivos para os beneficiários, serviços de IP como: fisioterapia, apoio social e o domicílio.

O PAFI, cria novos desafios quer para os pais quer para os profissionais, cuja mensagem subjacente e clara é que a família constitui a componente chave para uma intervenção eficaz.

Como referem MC Gonigel, Kaufmann & Johnson (1991), *“no coração da filosofia centrada na família descrita no documento do PAFI, estão conceitos de ‘capacitar’ (enabling) e ‘partilhar poder’ (empower baseado nos trabalhos de Dunst ecolab. (1988), Rappaport (1984) e Shelton e Colag (1987, p.48).*

Esta intervenção é um processo composto por várias fases que devem ser encarados de uma forma sistémica sem por em causa a integridade da criança, a saber: **identificação, detecção, diagnóstico, intervenção e apoio**. Também o respeito pelos direitos da criança e dos membros da família, como a privacidade e a cidadania, bem como os outros evidenciados na declaração dos direitos humanos, deram espaço para um novo modelo de intervenção, a **Centrada na Comunidade**.

## 2.4. Vantagem da Intervenção Precoce

Quanto mais cedo na vida do indivíduo ocorrer o diagnóstico, mais facilmente se evitará a cristalização e agudização dos problemas e o aparecimento de efeitos secundários ao nível do próprio indivíduo, da estrutura familiar e da comunidade.

Com o crescimento, as crianças estimuladas necessitam menos de educação especial, melhora o nível de funcionamento das famílias em que produzem benefícios sociais e económicos.

A primeira infância é um período muito delicado, tendo a necessidade de grandes esforços juntando às sinergias, dos profissionais de saúde, dos educadores, dos assistentes sociais no sentido de terem uma visão preventiva e reabilitativa, ajudando as crianças e suas famílias que apresentam algum risco no crescimento e desenvolvimento.

*É neste período que a mielinização se opera, as redes neuronais crescem e reestruturam-se, os processos de informação visual, auditivo e tactilo-quinéstica se organizam por níveis de atenção, selecção, discriminação, identificação, sequencialização e retenção. Os processos de comunicação verbal se produzem através de funções de formulação e controlo de condutas psicomotoras e psicolinguísticas (Damasio, 1996).*

Segundo Wallon (1979), *o desenvolvimento da criança não é mais que uma integração sucessiva de fases que, não se sobrepondo, se vão “encaixando” entre si no sentido de uma complexidade crescente.* Deste modo existe ainda, segundo Piaget (1983), uma equilibração progressiva, um movimento contínuo de um estágio de menor equilíbrio a um outro de equilíbrio superior. Este processo desenvolve-se num sistema de implicações de ordem biológica, psicológica e social. Se a problemática for detectada nos primeiros estádios de desenvolvimento, a criança terá grandes hipóteses de construir novas aprendizagens. Esta possibilidade advém do córtex cerebral. Antes da lateralização se ter actualizado a equipotencialidade dos hemisférios torna-se preponderante.

## **2.5. Intervenção precoce em Cabo Verde**

Em Cabo Verde logo após à Independência, começou-se a dar passos para responder às necessidades das crianças. Exemplo disso, foi a criação do projecto de Reabilitação Infantil em 1978 que funcionou junto do então PMIPF em São Vicente.

Os programas de vacinação destinadas às crianças dos zero aos cinco anos que abrangiam todo o país, a criação de centros de saúde para evitar as mães de terem o parto em casa, tendo um acompanhamento de profissionais de saúde, são medidas preventivas na detecção de anomalias nas crianças logo à nascença.

Em 1990 com o intuito de promover a integração social e a autonomia do portador de deficiência dos zero aos dezoito anos, com um carácter reabilitativo, foi criado o Programa Reabilitação com Base Comunitária (RBC), através da assinatura de um acordo de cooperação entre o governo de Cabo Verde e a associação RADDA BARNEN (sueca).

Foi um programa nacional conduzido inicialmente pelo Ministério da Saúde cujo objectivo real era a melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes portadores de deficiência através da sua integração social.

De uma forma específica, o programa tinha como objectivo reabilitar crianças e jovens dos zero aos dezoito anos para uma melhor integração social; sensibilizar e informar a sociedade para uma melhor integração dos deficientes; dar apoio directo às famílias e ensinar técnicas especiais de ajuda e de reabilitação; ajudar na integração das crianças na escola; proporcionar a coordenação das acções e melhorar a eficiência do próprio programa (RBC).

## **2.6. Avaliação do programa RBC**

Este programa segundo as informações recolhidas junto dos ex-técnicos que faziam parte do programa, funcionou nos anos 90 a 2000, numa das salas do actual PMI, da Fazenda. Com o término do programa, a maior parte dos arquivos e outros documentos importantes ficaram fechados num quarto amontoados e veio danificar com água das chuvas, o que traduziu em constrangimento na realização desse trabalho.

Por outro lado, a localização dos ex-funcionários foi muito difícil por isso, encontramos muito pouco para fazer uma avaliação mais justa possível sobre o que foi o programa.



A falta dos documentos importantes como o plano de acção, relatórios e outros, ficamos sem dados para saber se tudo aquilo que foi planificado foi realizado. Neste sentido a avaliação deste programa será feita com base das entrevistas e de um relatório do último trimestre do ano 2000, elaborado por um funcionário, a compilação dos trabalhos no terreno dos 6 agentes.

Desses dados, verificamos que de um modo geral atenderam as expectativas das crianças e das suas famílias, apesar de pouco recursos económicos, financeiros, materiais e humanos. Esses factores, segundo os entrevistados, fizeram com que as visitas nas zonas rurais só se realizavam trimestrais. Não tinham viaturas para as deslocações nem recursos humanos suficientes. O programa contava com apoio de uma educadora, uma fisioterapeuta, uma assistente social, uma psicóloga e seis agentes o que traduziu numa incapacidade de atendimento ao nível de abrangência territorial do seu público-alvo.

Desde o início, o programa foi encaixado no Ministério, sem um estudo prévio. Isto porque logo com assinatura entre a RADDA BARNEM do reino da Suécia e do então Ministério do Trabalho, Juventude e Promoção Social de Cabo Verde, um dos programas e projectos inicial era a informação e sensibilização da sociedade o que não existiu. Isso veio repercutir mais tarde na implementação do projecto, na medida em que constatamos que em todos os relatos existiram as preocupações de pouca sensibilização das beneficiárias mais directos do programa às famílias.

As beneficiárias não queriam aprender as técnicas de realização, ausentavam-se sempre em dias marcados, de entre outros comportamentos e atitudes pouco motivadoras.

Um outro ponto considerado negativo foi o funcionamento e desembolsos: acordaram um valor máximo de 450.000 escudos, entregues em conformidade com o orçamento operativo trimestral, o qual deveria ser elaborado pelo programa e entregue a RADDA BARNEN.

Para cada desembolso o programa teria sempre que fazer uma solicitação por escrito indicando a quantia a receber, número da conta bancária e as actividades a financiar.

Nesses aspectos às vezes demoravam os contactos entre o coordenador em Cabo Verde e o da Guiné-Bissau (onde centralizava a direcção) que se encontrava em conflitos e isso repercutia muito no desbloqueamento das verbas para execução das actividades.

Competia ao Governo de Cabo Verde assegurar o programa com disponibilização dos recursos humanos nos vários sectores: direcção, capacidade técnica e o trabalho na comunidade.

Enfim, envidar esforços para que outras organizações nacionais e internacionais apoiassem o programa e preparar um plano de desengajamento do apoio da RADDA BARNEN. Mas relativamente a esses aspectos pouco se fez.

O programa passou de Ministérios em Ministérios (Ministério do Trabalho, Juventude e Promoção Social para o de Saúde e deste para o da Educação). Sempre com carácter de “caridade”, o que na nossa opinião poderia ser transversal e multisectorial.

As Associações dos Deficientes em Cabo Verde tiveram uma fraca participação, alegando que só participavam nas reuniões, o que demonstra uma deficiente estratégia por parte da direcção do programa porque deveriam estabelecer parcerias para um trabalho mais coeso visto que muitos objectivos coincidiam.

Avaliando o tipo de intervenção feita, segundo os dados encontrados, achamos que foi uma intervenção mais centrada na criança. Criaram uma sala que funcionou como hospital, onde levavam crianças para avaliação e secção de fisioterapia.

Sendo público-alvo as famílias desempregadas vivendo na pobreza, o custo nas deslocações eram elevados. A reabilitação é um processo que demora para ter resultados que vem de encontro com as expectativas das famílias. Por isso, uma visão holística da criança por parte da equipa de intervenção traduzira numa avaliação positiva.

É preciso despertar nas famílias o interesse de uma forma profunda que remói o indivíduo e a leva a acção e ao esforço. Porque muitas vezes há aquele interesse superficial que ocupa apenas uns instantes atenção do eu/ outro. Nesse caso deve-se levar o indivíduo a consciencializar-se da necessidade de um engajamento mais forte para o seu próprio bem-estar e a autonomia da pessoa portadora de deficiência; levar a família a sentir o trabalho não como um dever mas sim como uma necessidade que tem um valor social.

Uma nota importante é que o programa, pelo que concluimos, não preenchia os requisitos para tomar o rumo a nível nacional. Devia ser a nível piloto em algumas zonas mais vulneráveis durante algum tempo aproveitando a criatividade local.

### 2.6.1. Análise prática das situações constatadas

Segundo a análise feita das fichas individuais de algumas crianças atendidas pelos profissionais do Programa Reabilitação com Base Comunitária (RBC), no ano 2000, foram atendidas 107 crianças distribuídas a 6 agentes com uma média de 19 crianças cada. Esses agentes atendiam crianças de Praia urbana (Vila Nova, Bairro, Eugénio Lima, Várzea...) e da Praia rural (Cidade Velha, Porto Mosquito, Belém, Pico Leão...), com todo o tipo de necessidade, das mais leves a mais grave. Crianças com síndrome de down, deficiência mental, paralesia cerebral, microcefalia, hemiplagia, hidrocefalia, deficiências múltiplas, surdez, mudez etc, idade compreendida entre os zero aos dezoito anos de ambos os sexos.

Analisando a escolaridade das mães, situação sócio económica, emprego e habitação. Constatou-se que: 80% das mães se encontravam desempregadas com um nível académico entre máximo a 6ª classe, 56% das moradoras da Praia urbana em casas alugadas com poucos compartimentos e 44% em casas próprias sem mínimas de condições (electricidade, água canalizada), tendo um número significativo de agregado familiar.

O nível de interesse pelo programa foi pouco expressivo. A maioria não preocupa em aprender as técnicas de reabilitação.

Também crianças sozinhas em casa e a falta de higiene pessoal e do meio e a alimentação precária nas crianças são situações de muita preocupação relatados pelos agentes, no ano de 2000.

Os profissionais entrevistados que trabalharam no Programa, disseram que faziam de tudo um pouco no Programa. Para além de acompanhamento a domicilio a essas crianças, acompanhavam também nas escolas e jardins. Ajudavam os educadores no uso de algumas técnicas nas salas para trabalhar e na procura de melhor forma de integração das mesmas.

Confeccionavam materiais de uso no centro com apoio dos carpinteiros e amigos do RBC como: muletas, carrinhos suporte, bengalas e outros materiais alternativos na impossibilidade de adquiri-los de forma original. Ajudavam famílias na procura de actividades geradoras de rendimento e também faziam actividades para a angariação de fundos para cestas básicas e pequenas actividades para comemorar algumas efemeres. Faziam campanhas no terreno para apadrinhamento das crianças e a ligação família, escola e Ministério de Saúde. Conseguiram localizar as crianças em maior número através das campanhas de vacinação. Fora dessas

ocasiões, iam no terreno com ajuda da população/ vizinhos (denunciavam) uma vez por semana, na busca dessas crianças. Os entrevistados afirmaram que atenderam mais de quatrocentas crianças em Santiago norte, Praia urbana e rural. Crianças de Eugénio Lima, Vila Nova, Achadinha, Cidade Velha, Pico Leão, Santana etc. Com todos os constrangimentos situação geográfica, falta de verba para contratar mais profissionais, materiais e transportes para as deslocações tanto dos profissionais na localização e assistências das crianças como nas deslocações das crianças para o centro terapêutico e consultas.

No que refere avaliação do Programa, faziam anualmente com apresentação dos relatórios, reuniões e recebiam formações com os técnicos cubanos e outros formadores de outros países que também estavam activos no programa, como a Guiné Bissau.

Fazem avaliação positiva dos trabalhos no Programa. Caracterizam o trabalho como sendo gratificante na medida que ajudaram muitas crianças e famílias, criando uma forte ligação com as mesas e a comunidade. O sentimento hoje é de tristeza porque se por um lado perderam muitos amigos (famílias e companheiros de trabalho), por outro não puderam ajudar as mães que hoje se encontram desorientadas sem ajuda de qualquer que seja entidades privadas e individuais, e que até houve casos de falecimento de algumas das crianças depois do encerramento do centro.

Sentem revoltados até então com a postura do governo, dizem que Raadbarn criou todas as condições antes de deixar o programa e que o governo teve postura pouco sensível em relação ao caso. Que o governo não quer assumir as suas responsabilidades na área de reabilitação e quer deixar para os particulares, esquecendo que o nível da pobreza em Cabo Verde é acentuado principalmente na camada das famílias com crianças deficientes. Deixam sugestões no sentido da criação de um instituto de família ligada ao estado. Os pais sem recursos para orientar os filhos, saem mais a ganhar na medida em que podem receber formações, informações e orientações para lidarem com os filhos tanto deficiente ou não. Privilegiando as áreas mais sensíveis dando educação, os mesmos podem ser punidos principalmente os que são negligentes.

## 2.6.2. A política actual do Ministério de Trabalho e de Solidariedade

Segundo a entrevistada, responsável para área social no atendimento a portadores de deficiência, a política do Ministério é prestar apoio às crianças e jovens através das associações do deficiente. Esse apoio é monetário e oscila entre 400 000 a 800 000 escudos mensais, com base no protocolo assinado.

Os apoios individuais ficam mais difíceis visto que são muitos pedidos. Analisam de acordo com as situações e tentam atender os pedidos, só que com alguma demora. Actuam em várias áreas como: apoio para quites escolares, propinas, passes, fisioterapia, próteses, óculos, de entre outros.

No que refere a constrangimentos, a entrevista aponta várias. Mas as maiores, prende com a incapacidade de satisfazer os pedidos em tempo útil e incapacidade de atender o pedido a 100% quando é muito dispendioso. As famílias quando vão ao Ministério a sensação é de encontrar logo, só que seguem os tramedes legais da instituição e muitas das vezes têm de pedir ajudas aos terceiros para poderem satisfazer os pedidos.

Segundo ela um dos maiores ganhos prende-se com a inclusão dessa camada na pensão social de 4.500 escudos. Só que com algumas restrições porque exigem apresentação de relatório médico para provar a deficiência da criança ou jovem, o que em alguns casos fica muito difícil para as famílias.

Também a criação da Comissão de Pilotagem e de gestão para trabalhar no plano de acção para NEE com antenas em cada ilha, considera grande passo para a melhoria das condições de vida das pessoas portadoras de deficiência em Cabo Verde.

## 2.7. Situação de Cabo Verde após a extinção do programa RBC

As informações disponibilizadas pelo Instituto Nacional de Estatísticas (censo 2000) indicam que 3,2% da população do país são pessoas com deficiência, equivalendo á 13.948 pessoas.

Relativamente ao tipo de deficiência observam-se três categorias:

**A Motora:** que abrange 52%da população com deficiência representado as paralisias cerebral, total e dos membros ou dos lados;

**A múltipla:** representada por 7% (combinação de duas ou mais deficiências);

**Outras:** representada por 41%, sendo esta uma categoria que inclui a cegueira, a surdez e a mudez parciais ou totais.

É de se notar que 81% das pessoas com deficiência têm 15 anos e mais. E quanto ao nível de instrução se indica:

1% Possuía, na altura do censo, o nível pré-escolar e de 40%, o ensino básico integrado, 7% o secundário, 5% a alfabetização, 1% os cursos médio/superior, 46% não possui nenhum nível de instrução.

Os aspectos referidos acima indicados mostram o quanto o acesso das pessoas com deficiência à educação tem sido ainda condicionada e quanto é necessário reflectir sobre acções e estratégias que possam permitir, de facto o desenvolvimento da educação inclusiva no país. É preciso reflectir sobre as leis vigentes e as formas da sua implementação na prática.

## **2. Problema norteador do projecto**

Em pleno século XXI, ser portador de deficiência em Cabo Verde por muitos é o sinónimo de ser doente.

No próprio lar, logo que alguns pais descobrem a deficiência do filho culpabilizam em alguns casos um ao outro buscando as gerações passadas, e entram num profundo desgaste emocional que muda a vida do casal significativamente.

Por sua vez o tabu e o preconceito da sociedade deixam os pais sob pressão ao darem as explicações sempre que surgem perguntas a respeito do filho. Aí, na procura de explicações e solução privam o(a) filho(a) dos seus direitos básicos consagrados na Constituição da Republica, (artigo 23º e 75º), mantendo a criança prisioneira sem poder brincar para não se machucar devido a sua fragilidade e para não ser vista, sem poder frequentar a escola.

E surge a pergunta: a lei é um instrumento de grupo ou de todos?

Grande parte dos portadores de deficiência em Cabo Verde tem um reduzido grau de escolaridade ou ausência. Prova disso, o Censo de 2000, nos dão conta que a taxa de de analfabetismo reinante nessa camada é de 55.6%, desses mais de metade não sabem ler nem escrever, as mulheres as mais atingidas com 52.5%. As crianças dos 6 aos 14 anos, 38% nunca frequentaram a escola.

O desemprego é um fenómeno também gritante no seio dessa camada, afectando grande escala, pois, uma grande proporção deles não tem um emprego e quando existe é mal remunerado. Esse problema é derivado do baixo nível de escolaridade, sobretudo nas zonas urbanas onde existe uma grande concorrência na procura de emprego, passando forçosamente a fazerem parte dos inactivos e dependentes do auxílio pecuniário do estado, muito insignificante.

A nível de saúde, o atendimento e as respostas dadas são limitadas resultante da falta de recursos no país. Também as insuficiências na prestação de serviços por parte dos profissionais de saúde, em detecção do problema da criança peri e neo natal, mesmo a existência de serviços integrados de forma que a criança não fique com a sequela. Caso a criança venha a desenvolver a deficiência mais tarde os pais pouco ou nada sabem para minimizar a situação.

Por outro lado vem a “super protecção”: a criança mesmo com condições de desenvolver pequenas actividades caseira os pais não deixam. Essa “super protecção” também acarretam consequências que podem afectar no desenvolvimento integral da criança.

A inexistência de um espaço estimulante (no lar, como em instituições públicas) que responde às necessidades e interesses da criança e a pouca informação da sociedade e dos próprios pais, tira a criança toda a oportunidade de um bom desenvolvimento das suas faculdades, obtendo uma correcção atempada e prevenindo as sequelas que podem surgir.

As escolas por sua vez apresentam a criança a sua forma universal. A sua grande barreira arquitectónica vai desde a recursos humanos sem qualificação em educação especial, salas vulneráveis a qualquer eco do exterior e na sua grande maioria dificultando a entrada a carrinhos de roda e os professores poucos sensibilizados quando são confrontados com a situação demonstram sempre incapacitados.

Dos poucos que encontramos nas salas, pouco se fazem para o aprendizado. Do mesmo modo, deparamos que com a falta de materiais didácticos nas escolas públicas (visto que maioria vem de famílias pobres, a ponto de estarem desprovidos dos mesmos), dificultam também bastante os trabalhos e consequentes resultados poucos satisfatórios.

A nível financeiro, as mães sentem-se incapacitadas em trabalhar fora de casa devido a situação da criança, caso que contribui para o agravamento da situação da estrutura familiar, tendo em conta que muitas são mães chefes-de-família com um número elevado de agregado familiar, desempregadas ficando a mercê dos desafios da vida, aumentando assim a pobreza e a exclusão social.

### 3. Justificação do projecto

Na era moderna, da globalização e da erradicação da pobreza, o exercício pleno dos direitos são objectivos de qualquer Estado democrático que aposta numa lógica de elevação de qualidade de vida das populações e a sustentabilidade no desenvolvimento económico-social das comunidades e do país em geral.

A democracia, o avanço das tecnologias, a emancipação da mulher e a generalização do ensino são ganhos que o país conquistou ao longo desses anos figurando dos mais importantes para um país de Rendimento Médio.

Para compreender a democracia é preciso conhecer os valores que ela deve defender como: a liberdade, a equidade e igualdade de oportunidades e a qualidade de vida.

A generalização do ensino e o avanço das tecnologias permitiram várias oportunidades para os cidadãos. Oportunidades de (re)inventar, de ler e interpretar, oportunidades de (re) educar, aprender a conhecer, aprender a saber ser/saber fazer.

São conjuntos de oportunidades com suportes legais que põem à disposição dos cidadãos meios de luta na busca de um sentido pela vida.

Infelizmente essas regalias não estão à disposição de todas as pessoas. De acordo o INE (Censo de 2000) São 13. 948 pessoas portadoras de deficiência, equivalente a 3,2% da população com idade acima dos 15 anos. Desse número, 46% não possui nenhum nível de instrução, 7% possui o ensino secundário e 1% os cursos médio/superior. Os restantes apenas a alfabetização e o ensino básico.

É de reflectir esses dados, tendo em conta um país que o único bem precioso que possui são os recursos humanos.

Segundo Louis Blanc, a liberdade não consiste só no direito concebido, mas no poder que é dado ao homem de exercer e desenvolver as suas faculdades, salvaguardado pela justiça e pela lei. A sociedade deve proporcionar a todas as pessoas a instrução, sem a qual o espírito humano não pode desenvolver.

Devemos reconhecer que os sucessivos Governos poderiam dar mais importância nas suas políticas sociais para as pessoas portadoras de deficiência. A inexistência de um centro público de reabilitação e programas de reabilitação, as fragilidades organizacionais (falta de recursos humanos e materiais qualificados em NEE), a pouca sensibilidade das famílias e da sociedade



sobre a inclusão de crianças com NEE nas escolas regulares são factores que justificam a elevada taxa de analfabetismo e o desemprego no seio desta camada.

Algumas deficiências podem não agravar caso haja uma intervenção reabilitativa atempada, que com uma boa orientação os próprios pais conseguem fazer sem deixar grandes sequelas. Por outro, lado as deficiências crónicas, apesar de não terem cura, a reabilitação ajuda a melhorar a qualidade de vida da criança e das respectivas famílias.

Um outro problema que consideramos grave são as dificuldades das famílias na aquisição de dispositivos de compensação: cadeiras de roda, muletas, próteses, etc., vem provocando um entrave à integração.

A sociedade por sua vez, colocam entraves no acesso ao lazer, transportes públicos e infra estruturas; as ruas estreitas e inadequadas que dificulta o acesso a carrinhos de roda; transportes públicos não adaptados de entre outros constrangimentos.

Existem situações em que a criança deficiente vive entregue à sua própria sorte, se levarmos em conta o não reconhecimento da paternidade ou devido ao trabalho da mãe fora de casa para o sustento da família, ficando a criança sozinha.

Hoje, na era da globalização, a educação é exigida não apenas numa visão quantitativa, mas também qualitativa o que foi tema adoptado pelo Forum Mundial da Educação em Dakar, no qual Cabo Verde também pretende até 2015, *“expandir e melhorar os cuidados e a educação da primeira infância de modo global, especialmente para crianças mais vulneráveis e carrênciadas”*.

Para dar respostas aos grandes desafios que o tempo nos coloca quer aos grupos sociais quer aos individuais isoladamente, teremos a necessidade de fazer grandes apostas na educação, sem restrições. Deixar de lado o preconceito que rondam sobre a educação, encará-la como um direito básico e necessário para o cumprimento de outros direitos consagrados na nossa Constituição.

Nesse aspecto entra o papel do Governo, em apoiar as famílias sem recursos e crianças portadoras de deficiência, dando aos seus filhos oportunidades de agir diferente tendo como base a educação. Educar de forma holística, de modo a conhecermos os nossos direitos e deveres.

Torna-se imperiosa uma política de intervenção, que ajuda os pais na detecção precoce dos problemas que comprometem o desenvolvimento da criança. Criar as famílias condições de

informação e formação, de habitabilidade e condições financeiras que possam dar uma educação condigna aos filhos, cuidados mínimos de higiene, de alimentação e saúde.

## **5. Objectivos gerais**

- Contribuir para orientar famílias de crianças portadoras de deficiência no processo da sua formação pessoal e social, tornando assim mais competentes e independentes de outros apoios prestados e prevenindo assim eventuais sequelas;
- Desenvolver estratégias que promovem a integração da criança deficiente nas respectivas famílias e comunidades.

## **6. Objectivos específicos**

### **6.1. Objectivos acção:**

- Facilitar a inclusão da criança deficiente no contexto escolar (jardim e escola) de forma a minimizar o seu isolamento;
- Alertar as entidades públicas e privadas sobre a problemática das famílias com crianças deficientes, propiciando os direitos que as competem;
- Dinamizar acções que promovam o diálogo social entre os pais com crianças portadoras de deficiência;
- Capacitar famílias de forma a tornarem mais competentes em relação às necessidades dos filhos;
- Engajar as organizações financeiras de micro-créditos para o financiamento de pequenos negócios de forma a criarem o auto rendimento das famílias;
- Promover mudanças de atitudes por parte das instituições e dos seus profissionais de forma a ter mais inclusão da criança deficiente na sociedade;

- Envolver a comunidade no processo de intervenção de forma contínua e articulada, otimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de inter-ajuda.

## **6.2.Objectivos meta/finalidades**

- Intensificar as relações com as fundações, ONG's e associações que lidam com a problemática da pequena infância de modo a duplicarem apoios (material, financeiro e humano) às escolas e jardins onde estão essas crianças, de forma a melhorarem a qualidade de serviços prestados até então;
- Cooperar com centros privados de fisioterapia de modo a prestarem serviços gratuitos a crianças com deficiência motora duas vezes semanais num período a negociar.

## **7. Resultados esperados**

Com este trabalho esperamos contribuir para:

- Que os direitos da criança portadora de deficiência sejam aplicados na íntegra de acordo com a nossa Constituição da República;
- Diminuir a taxa de analfabetismo na camada deficiente no país;
- Proporcionar maior independência das famílias a outros serviços nos vários domínios;
- Integrar criança deficiente na família e comunidade educativa tirando-a do isolamento;
- Ver pessoas deficientes autónomas com capacidades de resolverem problemas básicos do dia-a-dia e com sentimento de pertença a uma sociedade;
- Existir maior e melhor coesão social;
- Melhorar as infra-estruturas e prestação de serviços nos sectores da saúde e educação atendendo as necessidades das crianças com necessidades;
- Aumentar da auto-estima da família, tornando-a mais coesa, dinâmica e próspera;
- Contribuir para maior independência financeira da família sob ponto de criar o seu próprio rendimento, o que consequentemente diminui a pobreza;
- Diminuir da taxa de analfabetismo no seio da comunidade deficiente na comunidade;
- Valorizar os recursos humanos independentemente das suas limitações ou condição humana;

- Criar novos programas e projectos voltados às camadas mais desfavorecidas e crianças com necessidades educativas especiais no país.

## **8. Caracterização e actividades do projecto**

### **8.1. Proposta de intervenção**

#### **Destinatário/ público-alvo**

O projecto destina-se a crianças com idade compreendida entre os 3 a 15 anos e as respectivas famílias.

A sua realização será dividida em cinco (5) fases:

- 1ª fase Pré – escolar/jardim dos 3 aos 5 anos;
- 2ª fase 6 e 7 anos
- 3ª fase 8 e 9 anos
- 4ª fase 10 a 12 anos
- 5ª fase 13 a 15 anos

Em cada uma das fases, terá o seu grupo de trabalho: pais das crianças, um agente, uma educadora de infância, fisioterapeuta de fala, ocupacional e psicóloga.

A mobilidade (entrada e saída) é possível no decorrer das acções. Deve-se controlar a assiduidade e fazer sempre de sensibilização com frequência para não haver desistências, abrangendo assim o máximo número de crianças e famílias.

#### **8.1.2. Área da saúde:**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a *saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste na ausência da doença.*

Perante esta definição, a saúde como factor mais importante na vida das pessoas, é essencial que os técnicos desenvolvam junto das famílias conjuntas e actividades importantes para a

promoção da saúde não só para a reabilitação como também para a prevenção, adoptando hábitos e comportamentos saudáveis.

A saúde e a educação estão ligadas. A maioria dos problemas de saúde das nossas crianças ocorre por desconhecimento dos modos de transmissão e meios de prevenção das doenças. A falta de formação torna-se a principal causa de muitas doenças. Nesse caso o trabalho dos técnicos, dos (as) professores (as) e dos (as) monitores (as) é crucial não só na intervenção reabilitativa como na habilitativa junto das famílias.

Para o efeito, achamos conveniente apresentar um quadro a baixo indicando as actividades que poderão ser realizadas para a reabilitação da criança com NEE.

### Quadro 1 – Plano de Acção para a área de Saúde para a Reabilitação

Objectivos	Estratégias/ actividades	Recursos humanos	Recursos materiais	Recursos financeiros	Execução
Sensibilizar as famílias e a comunidade para mudanças de comportamentos em relação às crianças com NEE;	1. Sessões de formação com temas pertinentes: tipos e grau de deficiência; características das famílias; Tipos de intervenção; importância da alimentação e segurança nas crianças; empreendedorismo; características pessoais das famílias (saúde, formas de lidar com problemas, grau de maturidade intelectual etc.).	Palestrante com formação em áreas sociais; Corpo técnico do projecto; Pais/famílias das crianças; Responsáveis das ONGs na área do micro crédito.	A identificar	Os custos ficam sob a responsabilidade dos Ministérios	Semestral
Formar e informar as famílias sobre a importância da socialização da criança com NEE para o seu desenvolvimento pessoal e social;	2. Visitas domiciliárias para recolha de informações pertinentes na procura de respostas individuais e colectivas. Formações de curta duração; Reuniões; Palestras; Jogos; Sessões de Vídeo; Actividades recreativas; Apresentação de Peças de Teatro; Intercâmbios	Agentes comunitários; Responsável do projecto; Professor(a) e monitor(a) Pais e famílias.	Fichas de inscrição e de avaliação das crianças. Vídeos; materiais desportivos	As impressões e as cópias ficam sob responsabilidade das escolas	De acordo com as necessidades
Apoiar as famílias na procura de melhoria de condições de	3. Encontros para reuniões, palestras, work shops para discussões sobre as formas de financiamento às famílias sob para criarem o auto rendimento.	Equipa técnica do projecto; Palestrante; Pais/famílias.	A identificar	Sob responsabilidade do Ministério do	Trimestral

vida;				Trabalho e Solidariedade.	
Despertar na sociedade o interesse pela problemática, criando assim novos projectos de carácter social nas camadas mais desfavorecidas.	4. Promoção de actividades diversas para envolver famílias e comunidades: feiras de saúde nos bairros para rastreio de doenças na pequena infância, palestras, actividades desportivas e recreativas, campanhas de sensibilização com distribuições de desdobráveis, brochuras etc.	Todos os envolvidos directos e indirectos no projecto.	A identificar	Sob responsabilidade dos Ministérios .	De acordo com as necessidades

### 8.1.3. Intervenção terapêutica e psicopedagógica

Tendo em contas as necessidades de cada criança é necessário criar um modelo de intervenção individualizado para cada caso. A abordagem nesse contexto, permite encarar a criança como um ser aberto a mudanças com capacidades e um potencial rico a explorar.

Para equacionar os problemas a implementação do programa deve determinar objectivos passíveis de modificações nas estruturas onde se encontra a criança (sala de aula ou em casa), no comportamento e relação inter pessoal entre a criança e os vários elementos da equipa terapêutica e do mesmo modo a importância na estruturação das etapas do plano educacional. Deve-se pensar que todo o problema é solucionável tendo em conta os objectivos traçados e as estratégias adoptadas a seguir apresentados.

## Quadro 2. Objectivos e Estratégias de Intervenção Terapêutica e Psicopedagógica

Objectivos	Estratégias	Recursos humanos
<p>Identificar e diagnosticar as características potencializadoras na aprendizagem das crianças;</p> <p>Sequenciar as informações das várias áreas e subáreas das necessidades da criança de forma a planificar uma intervenção faseada com base nos recursos locais;</p>	<p>1. Identificação e Diagnostico: Para a recolha de informações úteis e pertinentes, elabora fichas individuais onde vai constar as aquisições e as capacidades das crianças como: pontos fortes e fracos, tipos e graus de necessidades junto das famílias, escolas e jardins infantis, médica pediatra para facilitar uma interação social e uma planificação mais realista possível das actividades.</p> <p>2. Criação de bancos de dados para processos individuais da criança tendo em vista os processos de avaliação por áreas: inteligências neuro motoras, sensório motor, simbólica e social.</p> <p>Elaboração de fichas de controlo no terreno: assiduidade, avaliação diagnóstica e calendarização das visitas domiciliárias.</p>	<p>Equipa técnica do projecto</p> <p>Edem</p>

<p>Implementar programas de intervenção conjunta a vários elementos da equipa terapêutica;</p>	<p>Implementação:</p> <p>A planificação deve visar os pontos fortes da criança considerando como ponto altamente motivadora para o começo das futuras aprendizagens. Por isso, os objectivos e as tarefas devem servir de reforço para o aumento do auto estima e os pontos fracos deverão ser subdivididas em sub tarefas mais simples possível, sempre com a utilização de reforços.</p>	
	<p>A planificação deve estar bem estruturada com objectivos detalhados e claros e alternativas de tarefas, visto que a criança pode recusar a tarefa mais desejada do educador.</p> <p>Para poder satisfazer as necessidades específicas da criança, a implementação do programa visa também um leque variado de tarefas. A equipa multiterapeutica deve salvaguardar alguns princípios de ensino / aprendizagem que são cruciais para um bom resultado.</p>	



	<p><b>A motivação</b> só aprende aquele que (re) conhece a finalidade e o significado da tarefa. As motivações intrínsecas e extrínsecas devem brotar juntos.</p> <p><b>Princípio do efeito</b> – as tarefas devem estar sempre seleccionados de acordo com a idade mental da criança, só assim poderá ter êxito na aplicação;</p> <p><b>Princípio de estruturação e sistematização</b>— como se tem referido as tarefas devem obedecer uma crescente evolução, para garantir os alicerces a posteriores tarefas mais exigentes.</p> <p><b>Princípio do feed-back</b> - esse princípio que também se designa de progressão, faz com que o educador detém dados de aprendizagem para poder aplicar as tarefas mais complexas.</p> <p><b>Princípio de reforço de comportamento</b> – a atenção ou desatenção em determinadas circunstâncias faz muita diferença na aprendizagem da criança. Quando acontecer um comportamento indesejado deve ser inibido e desaprovado ou ignorado e reforçar sempre os comportamentos apropriados.</p> <p><b>Princípio da significação e da compreensão</b> - a orientação deve ser no sentido de dar resposta aquele que objectivamos tanto do</p>	Edem
--	---	------

	<p>orientador como para o orientando. A criança deve aperceber das modificações cognitivas do seus sistemas de conhecimentos quando e confrontadas com novas tarefas.</p>	
--	---	--

<p>Avaliar a coerência do programa para possíveis mudanças do potencial de intervenção e do potencial de aprendizagem.</p>	<p><b>Avaliação</b></p> <p>A fase de avaliação das tarefas executadas permite a reflexão conjunta da equipe terapêutica e psicopedagógica. Ali são fornecidas as informações sobre o nível de modificação ocorrido ao longo do processo por isso, os encontros quinzenais e mensais para a avaliação do trabalho implementado deve servir também de recolha de subsídios para melhoria na prestação dos serviços. Na avaliação, os avanços e os objectivos que não foram atingidos permitirão a monitorização do modelo de intervenção, por isso, deve-se avaliar todas as formas de competências possíveis. Levar em conta a importância e pertinência das informações fornecidas pela equipa. Os encontros de avaliação devem servir também para a produção de materiais no uso do dia-a-dia e trocas de experiências bem sucedidas.</p>	<p>Edem</p>
--	--	-------------

### Quadro 3. Plano de Implementação dos Planos a nível das Crianças com NEE

<b>Objectivos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos materiais</b>	<b>Recursos financeiros</b>
Desenvolver a capacidade de comunicação e de resolução de problemas básicos na família;	Conversas, dramatizações, actividades que promove o bom hábitode higiene pessoal e do meio, informações sobre utilidade das coisas, as características (mobiliários, talheres)	Livros de histórias Peças de vestuários Materiais locais Utensílios domésticos Mobiliários	Nunhum
Dominar regras básicas de comportamento na sociedade;	Identificação do proprio com actividades lúdicas Dramatização, Conversa/diálogo.	Peças de vestuários Materiais locais Jornais e revistas	Nenhum
Analisar e interpretar figuras observadas para o desenvolvimento do raciocínio	Interpretação de contos e histórias ouvidas, recontos e relatos de acontecimentos,	2 resma papel 40 papel lustro 40 papel cartolina 18 caixas de lápis 30 caixas de cera	2 x350= 750\$00 40x60= 2400\$00 40x 30= 1200 18x150=2700\$00 30x100= 300\$00

	desenhos e gravuras, composição e decomposição de objectos, jogos de identificação e correspondência, jogos de linguagem, leitura e legendagem de imagem.	10 caixas de guache 10 caixas de aguarela 40 caderno liso 40 caderno de linha 20 linha de lã 20 tesoura 40 cola batão 10 pote cola	10x180= 1800\$00 10x180=1800\$00 40x80=3200\$00 40x80=3200\$00 20x200=4000\$00 20x150=3000\$00 40x180=7200\$00 10x180=1800\$00 15x300=4500\$00 20x90=1800\$0
Desenvolver a motricidade grossa e fina.	Rasgagem, colagem, picotagem, desenhos, modelagem, dobragem, recorte e costura, construções, actividades de iniciação a leitura e a escrita.	branca 15 rolo corda 20 papel crep	

**Nota:** O uso de materiais de desperdício é de extrema importância. Não só reduz o custo do projecto mas também sensibiliza a criança para a protecção do meio ambiente.

### 8.1.3. Qualificação e integração da criança na família e nas demais instituições

Adoptando a Abordagem Sistémica da Família, apresentada por Von Bertalanffy (1968), esta abordagem de intervenção precoce incidirá a família como o elemento fundamental no

desenvolvimento de crianças saudáveis, competentes e responsáveis. Tendo em conta que os membros da família são interdependentes, as mudanças num dos elementos causa mudanças nos outros. Levamos em conta os recursos da família, integração familiar, funções da família e o ciclo de vida da família.

Os desafios dos pais em educar os filhos tornam mais complexos quando os filhos apresentam algum tipo de deficiência, quer sensório-motor, relacional-afectivo e psicológico. Contudo as estruturas familiares requerem algumas mudanças de forma a atender a referida necessidade nas práticas do quotidiano, nas atitudes e comportamento. De uma maneira geral, a vida funcional sofre profundas mudanças.

A integração da criança deficiente na sua família é sobretudo dar a qualidade das respostas que a mesma necessita para o desenvolvimento harmonioso da criança exigindo assim de toda a comunidade e entidades públicas atitudes de respeito face à diferença. Também implica assegurar dispositivos de formação a pais e professores, sempre pensando na diferença, desenvolvendo as práticas que permitam aos mesmos o desenvolvimento das competências científicas, pessoais e inter-relacionais necessárias para responder de forma cabal as necessidades de cada criança.

É fácil encontrar pais com sentimentos de insegurança e frustrações, pondo em causa o lado maternal/paternal e a sua auto-imagem enquanto mãe/pai. Os escassos recursos que os impossibilitam de dar conforto ao filho, as esperadas ajudas que muitos não chegam, a impossibilidade de frequentar uma escola/jardim condignamente sem implorar os agentes educativos, são factores que fragilizam toda a estrutura familiar.

Na verdade, na qualidade de pessoa mãe/ pai ali resta duas alternativas: desistir e fingir que tudo a volta é homogéneo, uma vez que sem condições de sobrevivência deixa o filho sozinho em casa e sem qualquer assistência ou a aceitar e encarar a diversidade como algo natural, procurando equacionar todos os riscos que advem. Aprender novas formas de luta com actividades novas e visão de vida, e com responsabilidades acrescidas.

Na ausência da compreensão e cooperação das outras entidades sobre as necessidades dos filhos, visto que os seus direitos estão sendo violados a cada minuto, os pais perdem confiança em qualquer outra instituição. Por outro lado encontramos também crianças com necessidades educativas especiais excluídas da família a ponto de serem escondidas do resto da sociedade, desprovidos dos seus direitos.

Esses dois contextos distintos, nos remete a pensar até que ponto a criança está integrada na sua própria família. *Serão possíveis as demais integração (jardim e escola)?*

Sem o propósito de fugir dos objectivos do trabalho ao entrar nessa problemática que daria um outro tema, é muito provável que essas crianças sem a oportunidade de socialização com a sua família/ vínculo familiar diminuí o chance de integração nas restantes instituições e aumenta a probabilidade de experienciar situações de descriminação e exclusão social para o resto da vida. A escola do ponto de vista político económico e social está longe de encontrar caminhos que dão respostas a essas crianças. Do ponto de vista político não temos leis aplicáveis que pune a descriminação contra os deficientes, o currículo escolar inapropriado obrigando as crianças com necessidades educativas especiais a seguirem o mesmo ritmo escolar em relação aos ditos “normais”. A título de exemplo as avaliações somáticas e as semestrais não diferem.

Escolas e professores sem projectos para turmas, as infra-estruturas e mobiliários inapropriados, falta de recursos materiais, professores sem qualificação na área de educação especial devido a inexistência da política de intervenção e inclusão de crianças deficientes no ensino regular por parte dos formadores e responsáveis educativos a longo prazo, o desinteresse da educação pré-escolar por parte dos governante, deixando a responsabilidade para as autoridades e entidades individuais são factores que põem em causa a credibilidade dos pais na política de educação inclusiva em Cabo Verde.

Enfatiza a relação que deve existir entre a família e os serviços de atendimento, essa relação bilateral tendo em conta o conceito da inclusão, segundo a declaração de Salamanca (UNESCO, 1994:41) “ ... as escolas devem acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, emocionais, linguística e outras. Isto deveria comprometidas se crianças talentosas ou deficientes, meninas, crianças trabalhadoras e de rua, crianças que perderam os seus pais por AIDS ou em guerra civil, crianças de outros grupos em desvantagem e marginalizados”, deve ser uma relação de cumplicidade e pacto social com respeito a diversidade humana.

Uma vez que a intervenção do professor de educação especial implica dimensões pessoais, relacionacionais e situacionais ele deve conhecer bem a realidade da família de forma a suprir as dificuldades da criança junto da família.

Do ponto de vista social é preciso que todos lutem pelo movimento da diversidade humana. A busca pela igualdade e equidade social deve surtir efeitos práticos na vida das famílias e as crianças.

Fazendo uma retrospectiva Cabo Verde hoje, fala-se muito de inclusão e muitas vezes confundimos os termos inclusão como o sinonimo de integração. Na verdade são dois processos distintos. A primeira no seu significado mais vulgar significa incluindo dentro de; abranger; ter. Enquanto o segundo é fazer parte de escola inclusiva pressupõe uma escola centrada na comunidade livre de barreiras arquitectónicas, curriculares, recursos humanos e materiais promotora de colaboração e de equidade.

Apesar de não termos dados estatísticos, sentimos na pratica um clima de insegurança das escolas e pais quando se fala na inclusão, justificando a necessidade de uma sala de especial para essas crianças o que deixa de lado a hipótese de inclusão.

Tem-se registado o aumento de números de crianças com necessidades educativas especiais nas escolas regulares principalmente nos centros urbanos, mas de forma muito “tímida”. Nos centros rurais apesar das desvantagens geográficas e muitas vezes económico e financeiro pouco essa realidade se manifesta. E a pergunta, há de facto uma educação inclusiva em Cabo Verde?

Dos discursos proferidos dos professores e monitoras, essas crianças estão mais discriminadas nas salas regulares devido as condições precárias citadas nas alíneas anteriores. As dificuldades de comunicação com essas crianças, as mesmas se sentem fora da sala mesmo estando dentro na sala.

Na verdade a atitude da escola é a mais-valia no processo de inclusão independentemente dos outros constrangimentos. No seio dos agentes educativos há necessidade de um trabalho de sensibilização (cf. Quando 4.) antes de qualquer se pensar adoptar outras medidas. Falta o reconhecimento e a sensibilidade para com essa classe minoritária que cada dia um ou outro procura diminui-lo ainda mais.

#### Quadro 4. Qualificação e Integração das Famílias

Objectivos	Estratégias/ actividades	Recursos humanos	Recursos materiais	Recursos financeiros	Execução
Sensibilizar as famílias e a comunidade	5. Sessões de formação com temas pertinentes: tipos e grau de deficiência; características das	Palestrante com formação em áreas sociais;	A identificar	Os custos ficam sob a responsabili	Semestra 1



para mudanças de comportamentos em relação às crianças com NEE;	famílias; Tipos de intervenção; importância da alimentação e segurança nas crianças; empreendedorismo; características pessoais das famílias (saúde, formas de lidar com problemas, grau de maturidade intelectual etc.).	Corpo técnico do projecto; Pais/famílias das crianças; Responsáveis das ONG's na área do micro crédito.		dade dos Ministérios.	
Formar e informar as famílias sobre a importância da socialização da criança com NEE para o seu desenvolvimento pessoal e social;	6. Visitas domiciliárias para recolha de informações pertinentes na procura de respostas individuais e colectivas. Formações de curta duração; Reuniões Palestras.	Agentes comunitários; Responsável do projecto; Professor(a) e monitor(a) Pais e famílias.	Fichas de inscrição e de avaliação das crianças.	As impressões e as cópias ficam sob responsabilidade das escolas.	De acordo com as necessidades
Apoiar as famílias na procura de melhoria de condições de vida;	7. Encontros para reuniões, palestras work shops para discussões de formas de financiamento às famílias sob ponto de criarem o auto rendimento.	Equipa técnica do projecto; Palestrante; Pais/famílias.	A identificar	Sob responsabilidade do Ministério do Trabalho e Solidariedade.	Trimestral
Despertar na sociedade o interesse pela problemática, criando assim novos projectos de carácter social nas camadas mais desfavorecidas.	8. Promoção de actividades diversas para envolver famílias e comunidades: feiras de saúde nos bairros para rastreios de doenças na pequena infância, palestras, actividades desportivas e recreativas, campanhas de sensibilização com distribuições de desdobráveis, brochuras etc.	Todos os envolvidos directos e os indirectos no projecto.	A identificar	Sob responsabilidade dos Ministérios.	De acordo com as necessidades

## **8.2 Recursos previstos**

Para materialização deste projecto serão necessários recursos humanos, materiais e financeiros. Por ser um projecto de carácter social, há uma grande possibilidade na sensibilização e mobilização de recursos. Por isso, consideramos que temos factores favoráveis tanto a nível político, humano, como social que ajudam na eficácia e eficiência para a concretização do projecto. É neste sentido que optamos por trabalhar com as instituições públicas, privadas e ONG's que já tem suporte material e espaço devidamente equipado.

## **8.3 Parceiros do projecto**

Ao longo da implementação das acções, deve se pautar pela melhoria e a garantia dos parceiros para maior envolvimento e durabilidade dos acordos.

Os parceiros devem ser públicos e privados, a responsabilidade do governo na disponibilidade dos profissionais.

### **8.3.1. A nível da equipa**

A equipa deve ser seleccionada com muito rigor envolvendo professores e monitores com experiências, psicólogos médicos, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacional, assistente social e sociólogo e técnicos de saúde. Para a efectivação deste projecto, achamos que serão necessárias cinco equipas formadas por esses profissionais. É de realçar que o projecto deverá funcionar com base em parcerias o que significa que esses técnicos deverão ser pagos pelos seus empregadores, num período de 3 anos (46 meses) a ser contabilizado a partir de Janeiro de 2011, com término em Janeiro de 2014. Em termos de execução, propomos 4 horas semanais, incluindo a planificação e a execução das actividades, salienta-se ainda que nenhuma actividade deverá pôr em causa as visitas do(s) agente(s) indicado(s) a domicílio. Estas far-se-ão semanalmente sob a orientação de um calendário pré elaborado com o consentimento dos pais.

A questão de assiduidade e pontualidade dos mesmos também contribuirão muito para a credibilidade do projecto.

### 8.3.2. Recursos humanos

Para que cada actividade esteja associada às habilidades e competências adequadas, propomos dois (2) níveis de serviços.

#### Quadro 5. Níveis de Serviços

Nível	Recursos humanos	Competências exigidas
Nível do Concelho	Especialistas para as deficiências; Médicos, Terapeutas físicos, ocupacionais e de fala; Professores qualificados em educação especial Técnicos ortopédicos; Psicólogos e sociólogos.	Conhecimento da medicina geral; Bom relacionamento inter-pessoal; Formação e orientação; Competência comunicativa; Espírito de trabalho em equipa;
Nível local/comunidade ou zona	Coordenador do projecto; Trabalhadores comunitários; Monitor(a), professor(a); Médicos especialistas; Pais, famílias e amigos	Saber gerir os recursos à disposição; Conhecimento de sinais que comprovam algum tipo de deficiência na criança; Conhecimento das acções dos primeiros socorros; Conhecimento das técnicas de reabilitação; Competência

		comunicativa; Bom relacionamento inter - pessoal
--	--	--

### 8.3.3. A nível político e social

Em relação às leis e outros documentos oficiais que dão suporte à inclusão de pessoas com deficiência destacamos:

- A Constituição da República (1ª revisão ordinária 1999, edição de 2000) faz referência, no artigo 75º, aos direitos dos portadores de deficiência, destacando o direito à educação.
- Lei Orgânica do Ministério de educação (2001), atribui responsabilidades à educação pré-escolar e básica, bem como a do ensino secundário de promoverem a integração de crianças com NEE no ensino regular.
- Lei 122/v/2000, estabeleceu as bases gerais de prevenção, reabilitação e integração das pessoas deficientes.
- Plano Nacional de Educação para Todos (2002), no que tange o Ensino básico, concretamente as NEE, as medidas de política para o período 2003 – 2010 é o reforço da formação contínua

dos professores em matéria de NEE, adaptação de algumas escolas existentes e das novas escolas às crianças com NEE e o reforço de equipas concelhias de apoio aos alunos com dificuldades de aprendizagem.

- Decreto-lei nº 1067IV/94 de 5 de Setembro, que isenta de direitos aduaneiros, de imposto e consumo e emolumentos gerais, a importação de mercadorias oferecidas ou financiadas no quadro da cooperação ou por entidades ou organizações de cabo-verdeanos no exterior, a instituições não governamentais reconhecidas pelo estado, que visem exclusivamente fins humanitários, religiosos, culturais e recreativas, desportivos e outros fins sociais, sem qualquer carácter comercial, designadamente no âmbito de projectos de desenvolvimento sócio económico e cultural promovidos pelas referidas instituições.

- Artigo 75º, a Constituição estabelece que os portadores de deficiência têm direito a especial protecção da família, da sociedade e dos poderes públicos que lhes deveram garantir prioridade no atendimento nos serviços públicos, especial tratamento e cuidados bem como as condições necessárias para evitar a sua marginalização.

- Decreto-lei nº 2/95 de 23 de Janeiro (in B.O. nº 2 – I serie) que estabelece o esquema mínimo de protecção social.

- Lei nº 103/III/90 que estabelece as bases do sistema educativo. Esta consagra a igualdade de direito à educação a todos os cabos-verdeanos. Em consequência, exara nos artigos 36º e 37º (secção V) a educação especial na mesma rubrica.

- Decreto lei nº 66/94 de 28 de Novembro ( in B.O. nº 39, I serie, 28/11/94), que cria a Comissão Nacional da Condição do Deficiente (CNCD), instituição que congrega no seio de representantes do estado e da sociedade e que tem por objectivo, promover e coordenar e acompanhar a execução política nacional em matéria de habilitação, reabilitação e integração do deficiente.

Da mesma forma assegura a nível prático, organismos governamentais, ONGS e associações que apoiam as pessoas portadoras de deficiência, no sentido de terem melhores condições de vida, facilitar o acesso a escola, realizar actividades culturais e desportivas.

Tendo como exemplo desses: Associação cabo-verdiana dos Deficientes (ACD), Associação dos Deficientes Visuais (ADEVIC), Associação de apoio ao Desenvolvimento e integração do Deficiente (AADICD), Infância Feliz, Acarinhar, Instituto Cabo-verdiano da criança e do

Adolescente (ICCA), as Universidades Públicas e Privadas, os Ministérios de Apoio social e Educativo.

Isso significa que desde a independência tem sido criada as condições para a promoção de igualdades de oportunidades para todos os cabo-verdianos. Dos dispositivos, referidos percebe uma certa preocupação, porém muito mais precisa ser feita na prática para a integração plena dos deficientes, visto que os dados estatísticos revelam um quadro ainda delicado no que refere a educação e ao emprego da camada. Ainda essas intervenções aparecem com um carácter sectorial e não envolvem a criança na totalidade das suas necessidades e direitos, o que constitui um desfasamento entre resultados e investimentos, traduzindo na persistência do problema.

*Mas é de interpelar os governantes e a sociedade civil, como se pode falar de educação de qualidade para todos e de intervenção precoce se o governo não priorisa o pré-escolar?*

Ministério de Educação - é fundamental envolver os profissionais de educação de forma a prestarem apoio na sensibilização da sociedade e a integração dessas crianças nos jardins e escolas, posterior sala de aula.

Os jardins /infantários é a primeira instituição colaborativa dos pais na detecção de problemas e alguns riscos que podem afectar a criança no seu desenvolvimento. Por isso este é o nosso primeiro parceiro.

Ministério de Saúde – envolver os profissionais de saúde nomeadamente os pediatras, fisioterapeutas de entre outros para a avaliação/ identificação da deficiência, campanhas de sensibilização e nas feiras de saúde.

Ministério de Trabalho e Solidariedade – sensibilização de outros parceiros, instituições públicas e privadas, ONGs e Associações para aquisição de verbas, recursos materiais e a integração de pais com crianças portadoras de deficiência no mercado de trabalho.

## **Privadas**

Instituições bancárias e outras organizações financeiras do país na busca de micro crédito para famílias com crianças portadoras de deficiência, visto que na sua maioria são mães desempregadas com outras crianças menores sob a responsabilidade.

Personalidades individuais – na busca de apadrinhamento.

Famílias – a sensibilização das outras famílias devem partir da família como agente da acção. Com isso torna mais fácil visto que, falam a mesma língua e têm as mesmas necessidades.

Órgãos de comunicação social – para ter impacto junto da comunidade os órgãos de comunicação social servem de veículo na divulgação das actividades levadas a cabo.

## **9. Acompanhamento, Controlo e Avaliação**

Tendo em conta os objectivos da reabilitação e sua especificidade que engloba os vários níveis de trabalho, com resultados demorados dependendo de todos os membros da equipa, optamos para a avaliação em cinco (5) níveis de trabalho.

### **Nível 1 - Equipa:**

As avaliações deverão ser feitas trimestralmente, correspondente a 12 sessões (1 vez por semana) com crianças e respectivas famílias. Cada três meses terá um encontro alargado com os agentes e técnicos. Serão analisados as exigências planificadas e os problemas encontrados no terreno.

Em cada resultado específico também poderá ser analisado o ponto de situação das actividades e o rendimento alcançado, para melhor definir o processo a seguir.

Do mesmo modo, deve-se elaborar os materiais de uso no terreno e atelier com toda a equipa.

### **Nível 2 - Famílias:**

A avaliação dos resultados, nas famílias também pode ser feita trimestralmente logo após ao encontro com a equipa de trabalho. A base desse encontro é saber o nível da motivação e a sensibilização das famílias, número de pessoas formadas e capacitadas, acesso ao crédito na camada, equipamentos sociais de apoio e o número de projectos de actividades geradoras de rendimento.

### **Nível 3 - Parceiros:**

Com os parceiros, os encontros de avaliação poderão ser de 6 em 6 meses. Terão à disposição os relatórios trimestrais com análise de situação vivida no terreno através de tratamento de dados recolhidos através de entrevistas, relatórios, actas, questionários, fotografias, de entre outros.

Serão avaliados a qualidade e quantidade das actividades realizadas; percentagem das pessoas formadas e capacitadas; números de escolas e jardins parceiros; números de famílias e crianças beneficiadas; projectos das famílias financiados e/ou por financiar para o acesso ao crédito e equipamentos adquiridos e/ou por adquirir.

#### **Nível 4 - Escolas e Jardins:**

A avaliação neste nível poderá obedecer os factores internos dessas duas instituições parceiras. Por isso, a avaliação deverá ser de acordo com as necessidades da criança mas, deve-se analisar também o desempenho dos monitores e dos professores.

Os dirigentes dessas instituições devem desenvolver conjuntamente com todos os agentes educativos e a comunidade em geral através de um plano de actividades para além das que os agentes desenvolvem nas escolas e jardins. Essas também serão avaliadas para analisar o ponto de situação quanto a motivação de todos e a inclusão das crianças.

#### **Nível 5 - Geral:**

Por merecer a participação de todos os envolvidos, essa avaliação deve ser anual. Contudo deve-se avaliar:

**impacto:** mudanças desejadas foram alcançadas? Quais são os impactos negativos? E os não previstos?

**resultados:** resultados alcançados planificados? As capacitações e formações feitas foram ou não postas em prática?

**actividades:** foram executadas as actividades planificadas?

**financeiras:** foram cumpridas as receitas e as despesas planificadas? Encontraram-se novos parceiros financeiros? As verbas não planificadas foram conseguidas?

**riscos:** Foram encontrados no terreno os riscos planificados? Há novos riscos?



## Bibliografia

- AMPARO D. da Silva e outros, *Biologia Vida e Saúde 9º Ano de Escolaridade*, Porto Editora, Portugal.
  - ITURRA, R. (2001). O adulto e a criança crescem juntos, In “Evolução e Diferença valores e Práticas para uma Educação Inclusiva”. Porto: Porto Editora
  - Rodrigues, D (2001): Rorto: Porto Editora.
  - SERRANO, A. Maria (s.d). Intervenção Precoce Centrada na Família, uma Perspectiva Ecológica de atendimento 1 Instituto de Estudos da criança, Universidade de Minho.
  - ANDER – EGG, E, IDAÑEZ, A. (1997) Como Elaborar um projecto. 14ª Edição. Buenos Aires: Lumen – Humanistas.
  - BARBIER, J –M. (1996). Elaboração de projectos de acção e planificação. Cap. I, o que “Representa” o projecto – elucidação da noção de projecto. PP.31-71 Porto: Porto Editora.
  - CASTRO, L.B., RICARDO, M.C. (1992). Gerir o Trabalho de projecto, Lisboa: Texto Editora.
  - FROUFE, S.SANCHEZ, M.A. (1991), Planificación e intervención Socioeducativa, salamanca. Amarú.
  - MONTENEGRO, M. (1997). O Caiac da Bela vista... um caso de intervenção comunitária. M. Montenegro (org). Educação de Infância e Intervenção comunitária. Setúbal: ICE.
  - SERRANO, G. (1997). Elaboración de proyectos Sociales. Casos Prácticos. Madrid: Narcea S. A. Ediciones.
  - MIALARET, G.(s.d). Psicologia da Educação, Instituto Piaget Av. João Paulo II, lote 544, 2º 1900 – 726 Lisboa.
  - ALTET M. (s.d). As pedagogias da Aprendizagem, Largo da Madre de Deus, 9 1900 – 311 Lisboa.
- DIAS, M. M. (1999). A Imagem no Ensino de Crianças com Necessidades Educativas Especiais, casa do professor. Braga.
- CHATEAU, J. (s.d). Os Grandes Pedagogos, Livros do Brasil, Rua dos Caetanos 22, Lisboa

**Anexos**

## **Anexo 1**

### **Guião de entrevista aos técnicos do Ex RBC**

- 1-Como identificavam as famílias?
- 2-Tendo os dados trabalhavam só a criança ou incluíam as famílias?
- 3-A opinião da família era respeitado?
- 4-Como era o relacionamento agente /família /criança?
- 5-As crianças precisavam de uma escola ou não? Porquê?
- 6- Como era o relacionamento agente/agente e agente /coordenador?
- 7 – Como é que planificavam as actividades para as crianças?
- 8 – Das actividades a nível geral, qual mais gostou?
- 9 – A participação das famílias foi a que esperavam?
- 10 – Quais foram os maiores constrangimentos?

## **Anexo 2**

### **Guião de entrevista a funcionária do Ministério de trabalho e Solidariedade**

- 1 - Que tipo de apoio prestam as pessoas com deficiência?
- 2 – Qual é a disponibilidade do governo face a pessoas portadoras de deficiência nesta legislatura?
- 3 – Todas as pessoas que solicitam ajuda são atendidas?
- 4 – Sabias da existência do programa RBC, da sua extinção em 2002?
- 5 – Caso surgir o programa do tipo o governo estaria disposto a financiar?
- 6 – Quais são os maiores constrangimentos verificados até então?

### Anexo 3

#### Ficha de avaliação da criança

Nome da criança deficiente: -----

Tipo de deficiência: -----Morada: -----

Sexo:----- Idade: -----Contacto: ----- Encarregado de educação: -----

Competências	Não consegue	Às vezes	Consegue
Come sem ajuda?			
Bebe sem ajuda?			
Põe se de pé sem ajuda?			
Veste e despe sem ajuda?			
Faz necessidades fisiológicas sem ajuda?			
Fala?			
Compreende os movimentos e sinais de comunicação?			
Usa movimento e sinais que as pessoas compreendem?			
Brinca com as outras crianças vizinhas?			
Participa nas actividades da família?			
Deixa-a fazer tudo que o pede?			
Deixa-a fazer o que é			

capaz?			
Sentes dificuldade em educa- la?			
Teve apoio de alguma instituição?			
<b>Outras informações:</b>			

## Anexo 4

### Ficha de inscrição no projecto

#### Situação social das famílias

Nome do chefe da família: \_\_\_\_\_ Alcuha: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Alcuha: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ contacto: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ estado civil: \_\_\_\_\_

Habilitação profissional: \_\_\_\_\_ Habilitação literária: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_ Alcuha: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ contacto: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ estado civil: \_\_\_\_\_

Habilitação profissional: \_\_\_\_\_ Habilitação literária: \_\_\_\_\_

Encargado de educação: -----

Zona: ----- Contacto: -----

Número total de pessoas na família: ----- Data de inscrição: -----  
----

Pessoas do sexo masculino: ----- Pessoas do sexo feminino: ----- Idade menos de 15: ----  
-- Idade mais de 15: -----

#### Situação económica – financeiro das famílias

Mora na casa: própria : ----- Alugada : ----- Mora com parente: -

Número de compartimento: \_\_\_\_ Fonte de abastecimento de água: \_\_\_\_\_ Fonte  
de iluminação: \_\_\_\_\_

Recebe algum apoio: \_\_\_\_\_ De quem: \_\_\_\_\_ tipo: -----

Perguntas	Nome da pessoa com	Idade	sexo	Quanto tempo	Tipo de deficiência
-----------	--------------------------	-------	------	-----------------	------------------------

	deficiência				
Dificuldades de ver					
Dificuldades de ouvir					
Dificuldades de falar					
Dificuldades de movimentar					
Comportamentos estranhos					
Ataques					
Outras dificuldades					

## Anexo 5

### Ficha de acompanhamento na escola

Nome da criança .....

Tipo de deficiência .....-grau .....

Filho de .....-e de .....

Morada ..... contacto .....

Escola/ Jardim.....-contacto .....

---

Nome do (a) educador(a) .....-contacto .....

Perguntas	Não	Às vezes	Sim



Vem regularmente à escola?			
Chega sempre na hora?			
Entende – se com as outras crianças?			
É aceite pelos colegas?			
Comporta bem na sala?			
Diverte nos intervalos?			
Participa nas actividades na sala?			
Qual é a actividade que mais gosta?			
Aceitas propostas de actividades sugeridas por ele(a)?			
Outros comentários:			